



Universitat Autònoma de Barcelona

FACULTAD DE DERECHO

DEPARTAMENTO DE DERECHO INTERNACIONAL PRIVADO

TRABAJO DE FIN DE GRADO

La prestación sanitaria transfronteriza en la Unión Europea:

Presentado por Pauline Labory

Cuarto Curso de Grado en Derecho

Director: Dr. Miquel Gardeñes Santiago

Año: 2017

Bellaterra, 12 de mayo de 2016

RESUMEN:

La Unión Europea tiene dos misiones, a saber, fortalecer el mercado interior y asegurar un alto nivel de protección de la salud humana en todos los Estados miembros. De hecho, la construcción progresiva de un espacio sin fronteras tuvo por consecuencia el desarrollo del principio de libre circulación de los pacientes. El presente trabajo pretende examinar el estado actual de la regulación de la asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito del Reglamento de Coordinación de los sistemas de seguridad social n°883/2004 y de la Directiva 2011/24/UE, sobre los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. En particular, el análisis se centrará en ofrecer una comparación respecto de los cambios legislativos que se hayan producido y que a nuestro parecer resulten mas importantes.

INDICE:

ABREVIATURAS.....	6
INTRODUCCIÓN	7
 I. El estudio del Reglamento de Coordinación de los sistemas de Seguridad Social: 883/2004 de 29 abril.....	9
 A. Los Antecedentes Jurisprudenciales.....	9
1. Asunto C-238/82 Duphar BV y otros y Staat der Nederlanden (Sentencia del TJUE de 7 de febrero de 1984).....	9
2. Asunto 21/ 87 Borowitz y Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (sentencia del TJUE de 5 de julio de 1988).....	10
3.Asuntos acumulados C-4/95 y C-5/95 Fritz Stober y José Manuel Piosa Pereira (Sentencia del TJUE de 30 de enero de 1997).....	12
4. La identificación de los problemas del Reglamento nº1408/71.....	14
 B. La entrada en vigor del Reglamento de Coordinación de los sistemas de Seguridad Social: 883/2004 de 29 de abril como norma modernizada	15
1. Una aclaración sobre los objetivos y el ámbito de aplicación del Reglamento de Coordinación de los sistemas de Seguridad Social: 883/2004.....	15
1.1 Los objetivos del Reglamento.....	16
1.2 El ámbito de aplicación del Reglamento de Coordinación de los sistemas de Seguridad Social.....	17

a. Su ámbito de aplicación personal.....	18
b. Su ámbito de aplicación material.....	19
2. Criterios de la determinación de la legislación aplicable en materia de Seguridad Social.....	24
3. Las críticas al el Reglamento nº883/2004.....	26
3.1.Una tendencia a restringir el alcance de este Reglamento.....	26
3.2. Una reflexión sobre la creación de un modelo europeo de Seguridad Social.....	29
II. La Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.....	30
A. Los rasgos característísticos de la asistencia sanitaria transfronteriza.....	30
1. Los objetivos de la Directiva 2011/24/UE.....	30
2. El principio de libre circulación de los ciudadanos de la UE en el marco de la asistencia sanitaria como fundamento de la adopción de la Directiva de 2011/24/UE.....	33
3. El principio de reconocimiento mutuo de las recetas médicas como componente de la asistencia sanitaria transfronteriza.....	34
B. Las restricciones al principio de libre circulación de los pacientes: la exigencia de una autorización previa para el reembolso de los gastos médicos....	36

1. Asuntos acumulados C-120/95 y C-158/96 Decker y Kohll (28 de abril de 1998)	39
2. Asunto C-157/99, Smits y Peerboons, de 12 de julio de 2001.....	42
C. La aplicación concreta de la Directiva 2011/24/UE en España y Francia.....	45
CONCLUSIONES.....	49
Referencias bibliográficas:.....	50
Doctrina.....	50
Normativas.....	53
Sentencias.....	55

ABREVIATURAS:

TJUE: Tribunal de Justicia de la Unión Europea

TFUE: Tratado sobre el funcionamiento de la Unión Europea.

UE: Unión Europea.

BFA: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

p.: página

Nº: Número

Art.: Artículo

TSE: Tarjeta sanitaria europea

INTRODUCCIÓN:

“ El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano¹”, a través de esta cita de la Organización mundial de la Salud se puede destacar todos los retos que existen respecto de la protección de los ciudadanos en Europa en el ámbito sanitario. En efecto, el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a los servicios de atención de salud de calidad suficiente. Por consiguiente, se puede afirmar que la salud publica es un componente esencial del bienestar de los ciudadanos. Esta afirmación demuestra que la asistencia sanitaria reviste un interés general para todos los Estados miembros de la Unión Europea.

Por otro lado, los acuerdos de Schengen en 1986 y el Tratado de Maastricht en 1992 participaron al proceso de construcción de la Unión Europea y a la realización del mercado único, es decir, de ese espacio sin fronteras internas en el que se garantice la libre circulación de mercancías, personas, servicios y capitales. Carlos García de Corteza y Nebrada² resumió perfectamente la esencia de la Unión Europea afirmando que si “el hombre es el ser móvil, el europeo es el ser móvil por excelencia. De hecho la historia de Europa de las últimas décadas fue la de sus flujos migratorios.” En efecto, el reconocimiento de la libre circulación de personas y trabajadores en la Unión Europea permitió que sus ciudadanos viajaran, estudiaran o trabajaran con gran facilidad en los Estados miembros. No obstante, cuando fueron conscientes de los derechos que su nueva condición les ofrecía, se abrió un universo de posibilidades, entre ellas, la de buscar asistencia sanitaria más allá de las fronteras del Estado de su nacionalidad. Es la llamada asistencia sanitaria transfronteriza. Cuando un enfermo necesita ser atendido, lo

¹ Citado en la Constitución de la Organización mundial de la Salud , Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006, p.1.

² Consejero Coordinador de Trabajo y Asuntos Sociales. Representación Permanente de España ante la UE.

usual es que acuda al lugar más cercano posible a su domicilio habitual, pero en un mundo globalizado y bien comunicado es cada vez más frecuente apartarse de este planteamiento tradicional, sobre todo por dos razones: una, muchos ciudadanos se han dado cuenta de lo ventajoso de recibir en otro lugar tratamientos que no existen en su país o que se prestan de manera más satisfactoria y dos, algunos deciden trasladar su residencia a otro Estado y deben por tanto cambiar el sistema de salud que en origen les pertenecía. En la Unión Europea este tipo de cambios de conducta de los pacientes ha originado problemas concretos tal como el turismo sanitario.

A partir de este momento, se puso de relieve la necesidad de regular las prestaciones sanitarias, establecer un marco jurídico comunitario al respecto. El problema central fue de determinar que tipo de regulación se iba a aplicar a las prestaciones sanitarias, es decir, o bien las normas del Tratado o bien una regulación específica. El artículo 57 del TFUE contempla únicamente los servicios de carácter económico, es decir, las prestaciones realizadas a cambio de una remuneración y por tanto la asistencia sanitaria es un servicio de interés general que se presta a la población por motivos de protección de la salud humana. Por esta razón, no podían aplicarse las normas del TFUE y entonces, la tarea que incumbió a la UE fue la de elaborar un nuevo marco legislativo para la asistencia sanitaria transfronteriza. El acceso a la asistencia sanitaria en otros Estados miembros se basó durante muchos años en el Reglamento CEE nº 1408/71 relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familias que se desplacen dentro de la Comunidad y el Reglamento de aplicación nº 574/729. No obstante, tenía muchas lagunas debidas a su extrema complejidad y fue sustituido por nuevos instrumentos jurídicos. Por consiguiente, el análisis se centrará en el Reglamento de Coordinación de los sistemas de Seguridad Social nº 883/2004 (I) y en la Directiva 2011/24/UE relativa a los derechos de los pacientes de la asistencia sanitaria transfronteriza (II). Cabe afirmar que ambos instrumentos faciliten la libre circulación de los pacientes y que hoy en día coexisten en el panorama jurídico comunitario.

I. El estudio del Reglamento de Coordinación de los sistemas de Seguridad Social: 883/2004 de 29 abril

En primer lugar, es necesario analizar los problemas que se suscitaron en el marco de la libre prestación de servicios desde la perspectiva del TJUE (A) antes de centrarse en la adopción del Reglamento de Coordinación de los sistemas de Seguridad social como norma modernizada (B) .

A) Los Antecedentes Jurisprudenciales:

Cabe preguntarse cuáles fueron los problemas que se plantearon en cuanto a la aplicación del Reglamento nº 1408/71 de coordinación de los regímenes de Seguridad Social. Por lo que se refiere al primero, la Jurisprudencia del TJUE puso de relieve la inexistencia de un sistema sanitario europeo. A tal efecto, se hará un análisis de los tres casos más relevantes de los últimos años y se verá cuáles han sido los elementos clave a debate en cada uno de ellos.

1) Asunto C-238/82 Duphar BV y otros y Staat der Nederlanden **Sentencia del TJUE de 7 de febrero de 1984**

El litigio se suscitó en el marco de un procedimiento sobre medidas provisionales instado por veintitrés empresas farmacéuticas contra el Estado holandés. Se oponían a lo previsto en el Decreto sobre las prestaciones farmacéuticas del régimen del seguro de enfermedad que decía que los afiliados al régimen obligatorio del seguro de enfermedad no tenían derecho a que les entregasen medicamentos a menos que presentasen una autorización previa de la Caja de enfermedad. Así, la normativa limitaba el reembolso de las prestaciones sanitarias.

Ahora bien, la cuestión central era la de saber si el derecho comunitario impedía que un Estado miembro estableciera normas unilaterales que negaran a los

asegurados el derecho a que se les entregasen los medicamentos y productos sanitarios citados en su nombre.

Por una parte, el TJUE consideró que se trataba de una medida de efecto equivalente a una restricción cuantitativa a los efectos del artículo 30 del TFUE y por otro lado afirmó que “ el Derecho comunitario no suponía merma de la competencia de los Estados miembros para organizar sus sistemas de Seguridad Social y, en particular, para dictar disposiciones encaminadas a regular el consumo de productos farmacéuticos, en interés del equilibrio financiero de sus regímenes del seguro de enfermedad”³

Cabe recordar que el Derecho comunitario tiene primacía sobre el derecho nacional para poder garantizar su uniformidad en todos los Estados miembros. Sin embargo, la Unión no tiene atribuidas competencias directas en materia de Seguridad Social, éstas siguen en el seno de los Estados miembros. No obstante, de un modo indirecto, si que se adoptan directivas que fijan los objetivos a seguir en materia de seguridad social pero los Estados miembros son libres en la manera de concretar estos objetivos.

2) Asunto 21/ 87 Borowitz y Bundesversicherungsanstalt für Angestellte **sentencia del TJUE de 5 de julio de 1988**

El señor Borowitz, nacido en Polonia, estuvo afiliado al régimen polaco de Seguridad Social tras cursar estudios superiores. Luego, trabajó en los Países Bajos, en donde cotizó al régimen neerlandés de pensiones.

Al final, hasta su jubilación, trabajó en la República Federal de Alemania, cuya nacionalidad adquirió, cotizando al régimen previsto en la ley alemana reguladora del régimen de pensiones de los empleados por cuenta ajena, cuya gestión corre a cargo del BFA.

³ STJUE sentencia Duphar, párrafo 16, p184.

Dicho de otro modo, se trataba de un nacional de un Estado miembro que estaba sujeto a la legislación en materia de seguridad social de diversos Estados miembros.

El litigio que enfrentaba al Sr. Borowitz y al BFA tenía por objeto la cuestión de si sus períodos de estudios secundarios y superiores (durante los que no cotizó al régimen obligatorio de pensiones) debían computarse para el cálculo global de sus derechos a pensión. En caso afirmativo, el Sr. Borowitz obtendría una pensión de mayor cuantía. Se ha estimado que la respuesta a esta cuestión dependía de la interrelación existente entre el derecho comunitario (el Reglamento nº 1408/71) y nacional (aplicar lo previsto en la legislación Alemana o bien lo establecido en el Convenio celebrado entre Polonia y Alemania).

El TJUE consideró que “el Reglamento nº1408/71 no instituía un régimen común de seguridad social, sino que dejaba subsistir regimenes nacionales distintos y que el único objeto de este Reglamento era garantizar que entre estos regimenes nacionales existía un nivel de coordinación.”⁴

Tras esta sentencia, se puede afirmar que el derecho comunitario no suprime los derechos conferidos por el Derecho nacional es decir que, en este caso, la institución competente alemana puede determinar los periodos de cotización que deben computarse en virtud de su legislación, con la única salvedad de lo expresamente previsto a tal efecto en el Reglamento. Además, en este caso, el TJUE confirma el alcance de la sentencia Duphar.

⁴ STJUE Borowitz, párrafo 23, p 3737

3) Asuntos acumulados C-4/95 y C-5/95 Fritz Stober y José Manuel Piosa

Pereira

Sentencia del TJUE de 30 de enero de 1997

En este caso, se trataba de concretar en que consistía la competencia de los Estados miembros para organizar sus sistemas de seguridad social.

El Señor Stober, de nacionalidad alemana, trabajó en Irlanda y luego se instaló en Alemania, país en el que cotizó como trabajador por cuenta ajena, al régimen del Seguro de enfermedad y de pensiones. Solicitaba que, al calcular las prestaciones correspondientes a sus hijos, se tuviera en cuenta a su hija que residía con su madre en Irlanda.

En el segundo caso, el Señor Piosa Pereira, de nacionalidad española, trabajó en Alemania y por ello, estuvo sometido al régimen obligatorio de Seguro de enfermedad. Pedía el pago de las prestaciones familiares de sus tres hijos que residían en España.

En ambos casos, conforme a la legislación alemana, los demandantes no tenían derecho a prestaciones familiares por los hijos que residieran en el extranjero. Por consiguiente, se planteaba la cuestión de saber si el Reglamento nº1408/71 relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad debía interpretarse, a los fines del pago de las prestaciones familiares, con arreglo a la normativa alemana.

El TJUE afirmó que “nada impedía a los Estados miembros limitar el disfrute de las prestaciones familiares a las personas que pertenecieran a una comunidad solidaria constituida por un régimen de seguro de vejez. En efecto, los Estados miembros podían determinar libremente los requisitos que daban derecho a prestaciones en materia de Seguridad Social puesto que el Reglamento nº1408/71

solo tenía una función de coordinación”.⁵ Esta última frase subraya en que consiste la competencia de los Estados miembros para organizar sus sistemas de seguridad social.

En resumen, se desprende de la Jurisprudencia del TJUE la inexistencia de un modelo sanitario europeo y correlativamente la heterogeneidad de los modelos sanitarios nacionales. Estas diferencias entre las legislaciones nacionales constituyen una fuente de obstáculos para la movilidad de los trabajadores dentro de la comunidad, razón por la cual los autores del Tratado de Roma confiaron expresamente al Consejo la misión de adoptar las medidas necesarias para el establecimiento de la libre circulación de los trabajadores en el campo de la seguridad social.⁶

Este hecho puso de relieve la necesidad de buscar un nuevo instrumento jurídico europeo para coordinar los sistemas nacionales. Ahora bien, el otro motivo que explica la adopción del Reglamento de coordinación de los sistemas de seguridad social radica en la explicación de los problemas que encontró el antiguo Reglamento n°1408/71.

⁵ STJUE Stober y Piosa Pereira, párrafo 36, p 15

⁶ El Art.48 del TFUE prevé: "El Parlamento Europeo y el Consejo, con arreglo al procedimiento legislativo ordinario, adoptarán, en materia de seguridad social, las medidas necesarias para el establecimiento de la libre circulación de los trabajadores, creando, en especial, un sistema que permita garantizar a los trabajadores migrantes por cuenta ajena y por cuenta propia, así como a sus derechohabientes:

- a. la acumulación de todos los períodos tomados en consideración por las distintas legislaciones nacionales para adquirir y conservar el derecho a las prestaciones sociales, así como para el cálculo de éstas;
- b. el pago de las prestaciones a las personas que residan en los territorios de los Estados miembros”.

4) La identificación de los problemas del Reglamento nº1408/71.

“La lectura de este instrumento jurídico sin preparación previa puede afectar gravemente a la salud⁷”, a través de esta cita de Carlos García de Cortázar y Nebreda, se puede destacar todos los problemas que existen respecto del Reglamento nº1408/71. En efecto, desde 1971, las múltiples reformas han dado como resultado un incremento de la complejidad de este instrumento jurídico. Por consiguiente, los Estados miembros pidieron una simplificación y modernización del Reglamento para adaptarlo a la evolución de la jurisprudencia del TJUE de las legislaciones nacionales y de la ampliación de la comunidad Europea de seis a veinticinco Estados miembros. La Comisión Europea, en su Comunicación de 1997 «Plan de acción para la libre circulación de trabajadores», se comprometió a presentar antes de 1998⁸, una propuesta completa de revisión del Reglamento 1408/71. A grandes rasgos las principales diferencias entre la propuesta de la Comisión y el entonces Reglamento 1408/71, se centraban en los siguientes puntos:

- ☐ Una Simplificación cuantitativa: el texto de la propuesta era significativamente menor al Reglamento 1408/71.
- ☐ Una Simplificación cualitativa, es decir, una mayor racionalización de los conceptos, principios, normas y procedimientos.
- ☐ La extensión del campo de aplicación personal a todas las personas aseguradas, con lo que se incluían las personas no activas.
- ☐ Una ampliación del campo de aplicación material integrándose en este ámbito las prestaciones de prejubilación.

⁷ Carlos García de Cortázar y Nebreda, “La coordinación de regímenes de Seguridad Social. El Reglamento CEE 1408/71. Simplificación y extensión a nacionales de terceros Estados “, Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales del año 2003, p.74, párrafo 9.

⁸ hecha el 21 de diciembre de 1998.

Al final, teniendo en cuenta las insuficiencias de este instrumento jurídico, era necesario adoptar un nuevo Reglamento que respondiera a las necesidades de los ciudadanos europeos. Esta tarea incumbió a la Presidencia española de 2002 que encaró este desafío con éxito. En efecto, se eliminan preceptos innecesarios, se acorta el número y extensión de los artículos y se facilita la comprensión de los mismos.

B) La entrada en vigor del Reglamento de Coordinación de los sistemas de Seguridad Social: 883/2004 de 29 abril como norma modernizada

Primero, cabe preguntarse cual es la finalidad de esta norma comunitaria. En efecto, garantiza que el trabajador que se desplace a otro Estado miembro no pierda sus derechos a la Seguridad Social y también permite al trabajador migrante acceder al sistema sanitario del Estado donde preste servicios o donde temporalmente se encuentre por motivo de vacaciones por ejemplo. En otras palabras, en el marco de este reglamento, la asistencia sanitaria se dispensa en el país de migración o de desplazamiento por razones tasadas (estancia, residencia o previa autorización).

Analizaremos a continuación la estructura de este nuevo instrumento jurídico. Así, la primera sección está consagrada a la delimitación de los objetivos y al campo de aplicación (personal y material) del Reglamento de coordinación 883/2004 (B.1). La segunda sección está dedicada al examen del principio de determinación de la legislación aplicable en material de Seguridad Social que rige la coordinación de los regímenes nacionales de seguridad social (B.2).

1. Una aclaración sobre los objetivos y el ámbito de aplicación del Reglamento de Coordinación de los sistemas de Seguridad Social: 883/2004.

1.1) Los objetivos del Reglamento.

Primero, cabe recordar que esta nueva normativa comunitaria respeta las peculiaridades de los distintos sistemas nacionales de seguridad social y por ello vela para que los derechos en materia de seguridad social de los migrantes no se vean afectados por su lugar de empleo o de residencia.

Por consiguiente, la coordinación de los regímenes de Seguridad social de los Estados en los que se aplica el derecho de la Unión tiene un carácter instrumental para la consecución de unos de los pilares de la UE: la libre circulación de las personas. Es que, como el Tribunal de Justicia reiteradamente ha señalado, “no se garantizaría la libre circulación de los trabajadores si, por el solo ejercicio de dicha libertad, estos tuvieran que perder los derechos de seguridad social de los países en los que han trabajado”.⁹

En este sentido, se hace constar en el considerado uno del Reglamento lo siguiente: “las normas sobre coordinación de los sistemas nacionales de Seguridad Social forman parte del marco de la libre circulación de personas y deben contribuir a mejorar el nivel de vida y las condiciones de empleo de éstas” y en el considerado tres: “para lograr el objetivo de la libre circulación de personas, se hizo imprescindible sustituir el Reglamento 1408/71 por el Reglamento 883/2004”

En resumen, el Reglamento está intrínsecamente ligado al principio de libre circulación de los ciudadanos de la UE, debe garantizar su aplicación.

Además, esta norma intenta fortalecer los derechos de los ciudadanos de la manera siguiente: los Estados miembros deberán intercambiar datos electrónicamente a través del sistema de intercambio electrónico de información sobre seguridad social.¹⁰ La idea es permitir el intercambio seguro de datos personales entre instituciones nacionales. También habrá una mejora de los

⁹ STJCE de 13.7.1966, -4/66, (Hagenbeek) Rec.; p.617.

¹⁰ Artículos 77 y 78 del Reglamento 883/2004

derechos de los asegurados mediante la ampliación de la cobertura personal y material con respecto a los ámbitos de seguridad social cubiertos.

Otra singularidad es que el nuevo reglamento hace hincapié en el principio de igualdad y propone reforzar su efectividad diciendo que “ éste reviste una importancia especial para los trabajadores que no residen en el Estado miembro en el que trabajan”¹¹. Por ello, es necesario tener en cuenta la posibilidad de asimilación de las prestaciones en la medida en que “ las normas de coordinación deben garantizar a las personas que se desplazan dentro de la Comunidad y a sus familiares el mantenimiento de los derechos y ventajas que hayan adquirido o estén adquiriendo”¹²

En conclusión, el nuevo Reglamento persigue el objetivo de modernizar el corpus jurídico existente en materia de seguridad social con el fin de proporcionar una mayor protección de los derechos de los ciudadanos y también una mayor movilidad de los mismos.

1.2) El ámbito de aplicación del Reglamento de Coordinación de los sistemas de Seguridad Social:

Este instrumento jurídico tiene un ámbito de aplicación personal (a) y material (b). Es obvio, dada la extensión de la materia, que no ha sido posible, en el marco del presente estudio, abordar detalladamente el conjunto de las prestaciones cubiertas por el Reglamento.

¹¹ Considerado 8 del Reglamento 883/2004

¹² Considerado 13 del Reglamento 883/2004

a) Su ámbito de aplicación personal.

El campo de aplicación personal del Reglamento n°883/2004 está descrito en su artículo 2.1: “El Reglamento se aplicará a las personas nacionales de uno de los Estados miembros y a los apátridas y refugiados residentes en uno de los Estados miembros, que estén o hayan estado sujetas a la legislación de uno o de varios Estados miembros, así como a los miembros de sus familias y a sus supérstites”.

Por su parte, el apartado segundo del artículo 2 del Reglamento prevé que “asimismo, el presente Reglamento se aplicará a los supérstites de las personas que hayan estado sujetos a la legislación de uno o varios Estados miembros, cualquiera que sea la nacionalidad de tales personas, cuando dichos supérstites sean nacionales de uno de los Estados miembros, o apátridas o refugiados que residan en uno de los Estados miembros.”

Si se confronta este precepto con el artículo 2.1 del Reglamento 1408/71¹³ lo primero que puede resaltarse es que los términos trabajador por cuenta ajena, por cuenta propia y estudiante han sido sustituidos por la expresión mas simplificada de “persona”. Este cambio de terminología responde a la voluntad de simplificación de la redacción de este instrumento comunitario y también significa que las personas no activas quedan protegidas por las normas de coordinación.

Cabe aludir brevemente a la definición del concepto de trabajador, que entra en el campo de aplicación del Reglamento. A la luz de la jurisprudencia comunitaria, se desprende que durante un periodo de tiempo esta persona preste sus servicios para un tercero y bajo la dirección de este a cambio de una remuneración.

¹³ “El presente Reglamento se aplicará a los trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia y a los estudiantes, que estén o hayan estado sujetos a la legislación de uno o de varios Estados miembros y que sean nacionales de uno de los Estados miembros, o apátridas o refugiados que residan en el territorio de uno de los Estados miembros, así como a los miembros de su familia y a sus supervivientes.”

Otro dato importante es que el hecho de tener la nacionalidad de un Estado miembro no es un requisito imprescindible para entrar en el ámbito de aplicación del Reglamento. El elemento clave para lograr su protección reside en el hecho de que la persona esté o haya estado sometida a un régimen coordinado de Seguridad Social.

b) Su ámbito de aplicación material

Las disposiciones del Reglamento se aplican, conforme a su artículo 3.1, a las siguientes prestaciones: enfermedad, maternidad y paternidad asimiladas, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, prestaciones de invalidez, subsidios de desempleo, prestaciones familiares, prestaciones de jubilación y de jubilación anticipada, y subsidios de defunción.

El Reglamento 883/2004, en sintonía con la jurisprudencia comunitaria, se decanta por el mantenimiento del sistema de lista cerrada de prestaciones coordinadas.

En cuanto al tema de la prestación sanitaria transfronteriza en la UE, es necesario centrarse en las prestaciones de enfermedad y las de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que están destinadas a proveer, facilitar, abonar directamente o rembolsar los costes de la atención sanitaria y de los productos y servicios accesorios de dicha atención. Al final, esta descripción permite entender como funciona en la práctica el Reglamento 883/2004.

En cuanto a las prestaciones de enfermedad, de maternidad y de paternidad asimiladas, se plantea la siguiente hipótesis: “la persona asegurada autorizada por la institución competente a desplazarse a otro Estado miembro para recibir en éste un tratamiento adecuado a su estado de salud se beneficiará de las prestaciones en especie citadas anteriormente.”¹⁴.

Una prestación en especie consiste en la entrega de un servicio, en este caso, la asistencia sanitaria, es decir, los tratamientos médicos, las hospitalizaciones necesarias. Se concede de acuerdo con la legislación del lugar de estancia. Por estancia, se entiende el lugar en el que una persona reside temporalmente por

¹⁴ Artículo 20.2 del Reglamento 883/2004

motivos sanitarios por ejemplo. Además, si un ciudadano de la UE permanece temporalmente en un país distinto de aquel en el que está asegurado, tendrá derecho a todas las prestaciones en especie que resulten necesarias desde un punto de vista médico durante su estancia en el territorio del otro Estado miembro, teniendo en cuenta el tipo de tratamiento y la duración prevista de la estancia.¹⁵

Por otro lado, el artículo 17 afirma que “ la persona asegurada que resida en un Estado miembro distinto del Estado competente disfrutará en el Estado miembro de residencia de las prestaciones en especie facilitadas, por cuenta de la autoridad competente, por la institución del lugar de residencia, según las disposiciones de la legislación que está última aplique, como si estuviera asegurada en virtud de dicha legislación”. Por residencia, se entiende el lugar en el que una persona reside habitualmente.¹⁶

Para entender concretamente quien debe conceder estas prestaciones, es importante tener en cuenta el sentido de los términos de residencia y estancia temporal que no son iguales. Esta diferencia desempeña un papel relevante en cuanto a la determinación de la autoridad competente.

En lo que atañe a las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, si una persona sufre un accidente de trabajo y reside o efectúa una estancia en un Estado miembro que no sea el Estado miembro competente tendrá derecho a las prestaciones en especie de acuerdo con la legislación del país de residencia o estancia.¹⁷

Por otro lado, el artículo 3.2 dispone “que el Reglamento 883/2004 se aplica a los regímenes de Seguridad Social generales y especiales, contributivos y no contributivos”. No obstante, este artículo no contiene una definición clara de prestación “contributiva” o “no contributiva”. Todo lo cual obliga a plantearse, con carácter preliminar, el significado que a estos términos haya de atribuir. En

¹⁵ Artículo 19 del Reglamento 883/2004

¹⁶ Artículo 1.J) Artículo 1 del Reglamento 883/2004

¹⁷ Artículo 36.2 del Reglamento 883/2004

efecto, el sistema de Seguridad Social está integrado por dos modalidades, una de ellas es la modalidad contributiva, en la que se integran el Régimen General de la Seguridad Social y los Regímenes especiales. Se define como una prestación que recibe el trabajador por haber cotizado durante su vida laboral.

La otra se llama la modalidad no contributiva o de asistencia social básica de Seguridad Social.¹⁸ Esta última se refiere a la inclusión de todas las formas de protección ante situaciones de necesidad en las que no se exige cotización alguna. Además, el TJUE se ha pronunciado varias veces sobre las prestaciones contributivas y no contributivas. De la sentencia Frilli¹⁹, se infiere que uno de los primeros criterios empleados por el TJUE para deslindar entre prestaciones de Asistencia social y Seguridad Social fue atender a la posición jurídica del beneficiario. Es decir, cuando una legislación otorgaba a los beneficiarios una posición legalmente definida fuera de cualquier apreciación discrecional debía calificarse como de Seguridad Social. Este mismo criterio fue igualmente seguido por otras sentencias: BIASON²⁰, COSTA²¹ y FOSSI²². Luego, se puso de relieve otro

¹⁸ Fernández Orrico, Javier: "La modalidad asistencial básica de Seguridad Social desarrollada en España: las pensiones no contributivas", Revista del Ministerio de Trabajo y asuntos sociales del año 2000, p.1, párrafo 3."

¹⁹ STJCE de 22-6-1972, -1/72, (Frilli) Rec.; p. 457: «constituyen características propias de la Asistencia Social la apreciación de la situación personal del solicitante, así como la remisión al estado de necesidad como criterio esencial de aplicación, haciendo abstracción de cualquier exigencia relativa a períodos de actividad profesional, de afiliación o de cotización y siendo su objetivo la garantía de un mínimo de medios de existencia».

²⁰ STJCE de 9-10-1974, -24/74, (BIASON) Rec.; p. 999: "una prestación que atribuya a los beneficiarios una posición legalmente definida es una prestación de Seguridad Social en el sentido de los Reglamentos comunitarios y, por tanto, exportable cuando el beneficiario traslade su residencia a un tercer Estado miembro. El hecho de que la misma ley también se refiera a los beneficiarios de prestaciones que entren en el ámbito de la Asistencia Social, no podría alterar, teniendo en cuenta los Reglamentos comunitarios, el carácter intrínseco de Seguridad Social de una prestación de invalidez de la que, de pleno derecho, constituye un accesorio".

criterio a través de la sentencia Piscitello²³ que consistía en centrarse en los elementos constitutivos de cada prestación, es decir, sus finalidades y condiciones de concesión. Las sentencias Gillard²⁴ y Even²⁵ han confirmado estos criterios.

El Reglamento de coordinación define, en cambio, las prestaciones especiales en metálico no contributivas previstas en el artículo 70²⁶. De la lectura de este

²¹ STJCE de 13-11-1974,-39/74, (Costa) Rec.; p. 1251: «una legislación nacional que conceda un derecho, legalmente protegido, a un subsidio para minusválidos, está sometida en relación con las personas a que se refiere el Reglamento 3/58 al ámbito de la Seguridad Social, en el sentido del artículo 51 del Tratado y de la reglamentación comunitaria adoptada en aplicación de esta disposición».

²² STJCE de 31-3-1977,-79/76, (Fossi) Rec.; p. 667: «una legislación que otorga a los beneficiarios una posición legalmente definida, fuera de cualquier apreciación individual y discrecional de las necesidades o de las situaciones personales entra, en principio, dentro de la Seguridad Social en el sentido del artículo 51 del Tratado y de los Reglamentos 3/58 y 1408/71».

²³ STJCE de 5-5-1983,-139/82, (Piscitello) Rec.; p. 1427: “una asignación como la prevista en el artículo 26 de la Ley italiana citada, se concede en las condiciones y sobre la base de criterios objetivos definidos por esta ley a ciudadanos de edad, con el fin de garantizarles un mínimo de medios de existencia”.

²⁴ STJCE de 6-7-1978,-9/78, (Gillard) Rec.; 1978, p.1661.

²⁵ STJCE de 31-5-1979,-207/78, (Even) Rec.; p.2019).

²⁶ Artículo 70.2 del Reglamento 883/2004: “ A efectos del presente capítulo, se entenderá por «prestaciones especiales en metálico no contributivas» aquellas que: a) tienen por objeto proporcionar: i) cobertura adicional, sustitutoria o auxiliar de los riesgos cubiertos por las ramas de seguridad social mencionadas en el apartado 1 del artículo 3, que garantice a las personas en cuestión unos ingresos mínimos de subsistencia respecto a la situación económica y social en el Estado miembro de que se trate, o ii) únicamente la protección específica de las personas con discapacidad, en estrecha vinculación con el contexto social de cada una de esas personas en el Estado miembro de que se trate, y b) cuando la financiación proceda exclusivamente de la tributación obligatoria destinada a cubrir el gasto público general, y las condiciones de concesión y

último, se infiere que el término “prestación especial no contributiva” se reserva para las prestaciones que los Estados notifiquen en el Anexo X ²⁷. Por ejemplo, España ha incorporado al citado Anexo X las prestaciones que tendrán consideración de prestaciones especiales en metálico tales como el subsidio de garantía de ingresos mínimos²⁸. Consiste en una prestación económica de carácter periódico destinada a atender las necesidades básicas como alimentación, vestido y habitación de quienes careciendo de medios necesarios para su subsistencia, no están en condiciones de obtenerlas por razón de su grado de discapacidad o el subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte. Consiste en una prestación económica de carácter periódico destinada a atender los gastos originados por desplazamientos fuera del domicilio habitual de la persona con discapacidad que, por razón de su disminución, tenga graves dificultades para utilizar transportes colectivos.

Este apartado es bastante detallado y, en cambio, ningún artículo define las prestaciones contributivas y no contributivas en el Reglamento 883/2004.

Para acabar, conforme al artículo 3.5: “El Reglamento no se aplicará ni a la asistencia social y médica, ni a los regímenes de prestaciones en favor de las víctimas de guerra o de sus consecuencias”

Para acabar el estudio del Reglamento de coordinación de los sistemas nacionales de Seguridad social, es necesario examinar los principios que rigen su aplicación. Se destaca el principio de igualdad de trato, de determinación de la legislación

cálculo de las prestaciones, no dependan de ninguna contribución del beneficiario. No obstante, las prestaciones concedidas para completar una prestación contributiva no se considerarán prestaciones contributivas por este único motivo, y c) figuren en el anexo X”.

²⁷ Sánchez- Rodas Navarro. Cristina: “las prestaciones no contributivas y el Reglamento 883/2004, Revista del ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales del año 2006 p.16, párrafo 5.

²⁸ Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos.

aplicable a los interesados, de conservación de los derechos adquiridos y de los derechos en curso de adquisición y de cooperación leal. En concreto, el análisis que sigue se centrará en la regla de determinación de la legislación aplicable. En efecto, cuando un ciudadano de la UE se desplace a otro Estado miembro para recibir una prestación en especie, se plantea el problema de saber si se aplica la legislación de su Estado de afiliación o de su Estado de residencia.

2) Criterios de la determinación de la legislación aplicable en materia de Seguridad Social.

La reglamentación de la Unión designa, ante una determinada situación internacional, para cada prestación cubierta, la legislación de seguridad social de un Estado miembro determinado que llama “Estado miembro competente” en virtud de la cual se conceden las prestaciones²⁹.

El título II del Reglamento 883/2004 (artículos 11 a 15) contiene las reglas que permiten determinar la legislación aplicable en la generalidad de los casos. Estas disposiciones tienen como finalidad, tal como ha destacado el TJUE, “evitar la aplicación simultánea de varias legislaciones nacionales y las complicaciones que de ello se pudieran derivar”³⁰.

Cabe preguntarse ahora concretamente cuáles son estas reglas. En primer lugar, conforme al artículo 11.1 del Reglamento 883/2004³¹, se aplica la regla de la unicidad de la legislación aplicable. En efecto, será solo una la legislación competente para determinar los derechos de seguridad social del migrante. Como regla general, se aplica la ley del lugar de prestaciones de servicios en el momento

²⁹ Los términos “institución competente”, “Estado competente” son definidos en las letras q) y s) del artículo 1 del Reglamento 883/2004.

³⁰ Véase la sentencia de 3 de mayo de 1990, Kits van Heijningen, C-2/89, Rec. p. I-1769

³¹ Las personas a las cuales sea aplicable el Presente Reglamento estarán sometidas a la legislación de un único Estado miembro.

del hecho causante³². En efecto, de acuerdo con el artículo 11.3.a) del Reglamento de Coordinación, “la persona que ejerza una actividad por cuenta ajena o propia en un Estado miembro estará sujeta a la legislación de ese Estado miembro”. Aplicando esta regla al ámbito de la asistencia sanitaria, de conformidad con el apartado 2 del artículo 20 del Reglamento 883/2004, “la persona asegurada autorizada por la institución competente a desplazarse a otro Estado miembro para recibir en éste un tratamiento adecuado a su estado de salud se beneficiará de las prestaciones en especie facilitadas, por cuenta de la institución competente, por la institución del lugar de estancia, según las disposiciones de la legislación que esta última aplique, como si estuviera asegurada en virtud de dicha legislación...”. También esta regla se aplicará a los miembros de la familia de una persona asegurada³³.

En otras palabras, todo ciudadano de la UE que se desplace con carácter permanente o temporal a otro Estado miembro para recibir un tratamiento médico deberá obtener una autorización previa del Estado competente³⁴ y luego el Estado de Estancia facilitará las prestaciones en especie, por cuenta de la institución competente.

³² Fernando Manrique Lopez.Victor: “la normativa comunitaria actualmente vigente en el llamado Derecho Europeo de Seguridad Social, Revista de la Universidad de Deusto, Bilbao del año 2014”, pagina 108.

³³ Artículo 20.3 del Reglamento de Coordinación.

³⁴ Artículo 20.1 del Reglamento de Coordinación : “ Salvo disposición en contrario del presente Reglamento, la persona asegurada que se desplace a otro Estado miembro para recibir prestaciones en especie durante su estancia deberá solicitar la autorización de la institución competente”

Además, cabe recordar que el Estado competente es, en primer lugar, donde se lleve a cabo la actividad ³⁵ y solo subsidiariamente el de residencia.³⁶

Esta regla permite a un ciudadano de la UE entender que legislación se le va a aplicar y esto reviste una importancia especial en la medida en que favorece la libre circulación de las personas.

No se trata aquí de estudiar las otras reglas contenidas en los artículos 12 y 15 que no corresponden al tema de la asistencia sanitaria. En efecto, hacen referencia a la determinación de la legislación aplicable a los trabajadores que presten servicios en otro Estado miembro.

Una vez presentados los aspectos básicos del Reglamento de coordinación de los sistemas de seguridad social, pondremos de relieve sus insuficiencias y la necesidad de lanzar una reforma.

3) Las críticas al el Reglamento n°883/2004

3.1) Una tendencia a restringir el alcance de este Reglamento.

Primero, es interesante examinar la Sentencia “Dano” del 11 de noviembre de 2014³⁷. Como regla general, los extranjeros que lleguen a Alemania para obtener una ayuda social o cuyo derecho de residencia sólo se justifica por estar buscando trabajo están excluidos de las prestaciones del seguro básico alemán («Grundsicherung»). En la sentencia Dano, el Tribunal de Justicia declaró que esa

³⁵ Artículo 11.3 a) : “ la persona que ejerza una actividad por cuenta ajena o propia en un Estado miembro estará sujeta a la legislación de ese Estado miembro”.

³⁶ Artículo 11.3 e) : “ cualquier otra persona a la que no le sean aplicables las disposiciones de las letras a) a d) estará sujeta a la legislación del Estado miembro de residencia, sin perjuicio de otras disposiciones contenidas en el presente Reglamento que le garanticen prestaciones en virtud de la legislación de uno o varios de los demás Estados miembros.”

³⁷ Asunto C-333/13, Dano, 11/11/2014.

exclusión era legítima respecto de los nacionales de un Estado miembro que llegan al territorio de otro Estado miembro sin voluntad de encontrar empleo. Se tiene que aclarar esta afirmación explicando el tenor de la sentencia. El TJUE debía resolver la cuestión siguiente: si tenían prohibido los Estados miembros, en virtud del artículo 18 TFUE y/o del artículo 20 TFUE, apartado 2, párrafo primero, letra a), en relación con el artículo 20 TFUE, apartado 2, párrafo segundo, y con el artículo 24, apartado 2, de la Directiva 2004/38, excluir total o parcialmente a ciudadanos de la Unión necesitados de la percepción de prestaciones sociales de subsistencia no contributivas en el sentido del artículo 70 del Reglamento nº 883/2004 que sí se concedían a los propios nacionales en la misma situación para evitar asumir una carga excesiva de dichas prestaciones. Primero, de los autos se desprende claramente que la señora Dano no buscaba trabajo en Alemania; entonces, un Estado miembro debe tener la posibilidad, con arreglo al artículo 7.1b de la Directiva 2004/38, de denegar las prestaciones sociales a ciudadanos de la Unión que no ejerzan una actividad económica y ejerzan su libertad de circulación con el único objetivo de poder disfrutar de la ayuda social de otro Estado miembro cuando no disponen de recursos suficientes para optar al derecho de residencia. Por consiguiente, el Tribunal concluyó que no había una vulneración del principio de igualdad a los efectos del artículo 24.1 de la Directiva 2004/38.

La sentencia del TJUE de 14 de junio de 2016 confirmó el alcance de la sentencia Dano. En efecto, la legislación del Reino Unido preveía que los solicitantes de prestaciones sociales debían cumplir el criterio del derecho de residencia para poder ser tratados como residentes habituales en dicho Estado miembro; el Reino Unido había añadido un requisito que no figuraba en el Reglamento n.º 883/2004. La Comisión alegaba que, al supeditar el derecho a obtener determinadas prestaciones de seguridad social a un requisito que sus propios nacionales cumplían automáticamente, como es el criterio del derecho de residencia, el Reino Unido habría generado una situación de discriminación indirecta en perjuicio de

los nacionales de otros Estados miembros, infringiendo de este modo el artículo 4 del Reglamento n.º 883/2004, es decir, el principio de igualdad de trato.

En cambio, en su fallo, el TJUE consideró que no había una discriminación indirecta por razón de la nacionalidad y tampoco una vulneración del principio de igualdad de trato recogido en el Reglamento 883/2004. Así, el Tribunal de Justicia confirmó la sentencia de 11 de noviembre de 2014, Dano, diciendo que sólo los ciudadanos de la Unión económicamente inactivos cuya residencia satisfaga los requisitos del artículo 7, apartado 1, letra b), de la Directiva 2004/38 pueden invocar el derecho a la igualdad de trato respecto de los nacionales en el acceso a las prestaciones sociales. En este caso, la Comisión no había probado el cumplimiento de estos requisitos y por consiguiente los demandantes no podían invocar el derecho a la igualdad de trato y acceder a estas prestaciones.

De la jurisprudencia del TJUE se desprende la tendencia a restringir el acceso de ciudadanos comunitarios desplazados "económicamente inactivos" a prestaciones sociales, en este caso, a prestaciones de Seguridad Social, al exigir el derecho legal de residencia conforme a la Directiva 2004/38/CE. Además, se desprende claramente de esta sentencia la existencia de un obstáculo a la libre circulación de los ciudadanos de la UE y así se demuestran las lagunas del Reglamento de coordinación al no garantizar uno de los pilares de la UE.

La Comisión Europea se suma a esta tendencia, al haber acogido y hecho suyo el fallo de esta sentencia, tal y como se refleja en su Comunicación de 13 de diciembre de 2016³⁸ por la que propone modificar la normativa europea de coordinación de los sistemas de Seguridad Social. En su tercera proposición, expone que los Estados miembros pueden decidir no conceder prestaciones sociales a los ciudadanos desplazados económicamente inactivos (a saber, aquellos que no están trabajando o buscando empleo activamente y no tienen el derecho de residencia legal en su territorio). De acuerdo con el artículo 7.1. B de

³⁸ Comunicación de la Comisión Europea por la que se modifica el Reglamento (CE) nº883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social, Reglamento nº 987/2009, por el que se establecen las normas de aplicación del Reglamento (CE) nº883/2004, COM 2016 815/ final, de 13 de diciembre de 2016.

la directiva 2004/38: “los ciudadanos económicamente inactivos tienen derecho de residencia solo cuando disponen de medios de subsistencia y una cobertura sanitaria completa”.

3.2) Una reflexión sobre la creación de un modelo europeo de Seguridad Social.

Un último planteamiento sería el siguiente: por qué no se ha avanzado más, por qué no se ha ido más allá de la «coordinación»³⁹, es decir, creando un modelo europeo de Seguridad Social para evitar restricciones a la libre circulación de los ciudadanos de la UE. La respuesta es evidente: la esencia misma del Reglamento 883/2004 consiste en coordinar los sistemas nacionales de Seguridad social dejando subsistir la competencia de cada Estado miembro para organizarlos. Por consiguiente, si se desea construir una verdadera ciudadanía europea, la intención del legislador de la UE debería residir en modificar la finalidad de tal instrumento.

Finalmente, a lo largo de esta primera parte se ha puesto de manifiesto lo siguiente: originalmente, los Reglamentos de coordinación de los sistemas de Seguridad Social constituyeron el material jurídico de referencia. En efecto, los ciudadanos de la UE podían solicitar la asistencia sanitaria en uno de los Estados miembros y tener derecho a las prestaciones sociales correspondientes pero no figuraba el derecho del interesado a elegir el Estado en el que pudiera o debiera recibir asistencia médica. La asistencia sanitaria no constituía la preocupación central de esta norma comunitaria. Ante las incertidumbres jurídicas existentes en cuanto a la libre circulación de los pacientes, la jurisprudencia del TJUE fue el verdadero impulsor de un nuevo derecho, a saber, el derecho del paciente a recibir una asistencia sanitaria en el Estado miembro de su elección. Este derecho se convirtió en la piedra angular de la nueva directiva 2011/24/UE, de 9 de marzo

³⁹ Román Vaca, Eduardo “ Breve reflexión crítica a propósito del Reglamento 883/2004, Revista del Ministerio de trabajo y asuntos sociales del año 2006, p .110, párrafo. 11”

II. La Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

Esta directiva entró en vigor el 24 de abril de 2011 y los países de la UE tuvieron que incorporarla a la legislación nacional antes del 25 de octubre de 2013. Primero, cabe estudiar los rasgos característicos de la prestación sanitaria transfronteriza (A) y luego las restricciones que implica (B). Por otro lado, se tratará de examinar la aplicación concreta de la Directiva en España y Francia (C).

A) Los rasgos característicos de la asistencia sanitaria transfronteriza

Primero, cabe centrarse brevemente en los objetivos, el ámbito de aplicación de esta directiva y sobre todo aclarar su relación con el Reglamento de Coordinación de los sistemas nacionales de Seguridad social 883/2004 con el fin de garantizar así una mayor seguridad jurídica para los pacientes (A.1). Luego, el análisis deberá centrarse en el fundamento jurídico de la asistencia sanitaria transfronteriza, a saber, el principio de libre circulación de los ciudadanos de la UE (A.2). Para acabar, se estudiará el principio del reconocimiento mutuo de las recetas médicas que es un componente de la asistencia sanitaria transfronteriza (A.3)

1.) Los objetivos de la directiva 2011/24/UE

En términos generales, una Directiva es un instrumento jurídico que permite aplicar las políticas de la UE. En el presente estudio, esta política consiste en la protección de la salud de los ciudadanos en el marco de la UE. Por consiguiente, la Directiva establece una serie de objetivos. Esencialmente, consisten en el establecimiento de reglas para facilitar el acceso a una asistencia sanitaria transfronteriza segura y de elevada calidad en la Unión, así como garantizar la movilidad de los pacientes de conformidad con los principios establecidos por el Tribunal de Justicia y promover la cooperación en materia de asistencia sanitaria

entre los Estados miembros, respetando plenamente, al mismo tiempo, las responsabilidades de los Estados miembros en lo tocante a la determinación de las prestaciones de seguridad social que estén relacionadas con la salud y a la organización y la prestación de asistencia sanitaria y atención médica, y de otras prestaciones de la seguridad social, en especial, en caso de enfermedad.⁴⁰ Para alcanzar estos objetivos, los Estados miembros disponen de un amplio margen de discreción.

Tras haber expuesto los objetivos fundamentales de esta Directiva, cabe aclarar su relación con el Reglamento de coordinación de los sistemas de seguridad social. En efecto, cuál es el valor añadido de esta Directiva respecto del marco jurídico comunitario existente en materia de asistencia sanitaria transfronteriza? Es cierto que el Reglamento 883/2004 no se centra fundamentalmente en la asistencia sanitaria transfronteriza, es decir, que aborda la cuestión pero no concreta detalladamente el derecho a la asistencia sanitaria de los pacientes. Así, la Directiva intenta concretar de manera más profunda este derecho a solicitar el reembolso de la asistencia sanitaria recibida en otro Estado miembro.

Otra pregunta se refiere a la hipótesis siguiente: ante una concreta situación de asistencia sanitaria, que regulación se debe aplicar: la Directiva o el Reglamento. En principio, la Directiva ni sustituye ni desplaza al Reglamento 883/2004, sino que lo complementa. En todo caso, la propia Directiva dispone que si ambas normas pudieran resultar de aplicación, el Reglamento cuenta con preferencia, porque se entiende más ventajoso para el interesado como regla general, salvo que el beneficiario, convenientemente informado, opte explícitamente por las reglas de la Directiva (Art. 8.3 de la Directiva).⁴¹ En otras palabras, estas normas no

⁴⁰ Considerado 10 de la Directiva 2011/24 UE

⁴¹ García Murcia. Joaquín y Rodríguez Cardo. Iván Antonio “Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la UE: de la seguridad social de trabajadores migrantes a una regulación específica”, Foro, Nueva época, vol. 17, núm. 1 (2014): pp. 322-323.

pueden aplicarse conjuntamente, obligatoriamente, una tiene preferencia sobre la otra.⁴²

En lo que atañe al ámbito de aplicación de dicha directiva, cabe destacar a qué tipos de prestaciones se aplica y cuáles son los beneficiarios. Primero, la Directiva deberá aplicarse a aquellos pacientes que interesen asistencia sanitaria en un Estado miembro distinto del Estado miembro de afiliación y, tal como ha dicho, la jurisprudencia constante del Tribunal de Justicia, independientemente de la forma en que esté diseñada y financiada la asistencia sanitaria en los Estados miembros. Por otro lado, la Directiva excluye de su ámbito de aplicación aquellos servicios para ayudar a personas que requieren asistencia para realizar tareas rutinarias y diarias. Concretamente, se refiere a aquellos cuidados de larga duración necesarios para permitir a la persona vivir una vida lo más plena y autónoma posible, como los de atención a domicilio, en residencias de minusválidos, residencias asistidas o en otros servicios de atención asistida. Tampoco se aplicará en supuestos de acceso a órganos y su asignación para realizar transplantes, así como a los programas de vacunación para evitar enfermedades infecciosas, sujetos a medidas de planificación y ejecución, según lo estipula el artículo 1, apartado 3.

El artículo 3, incisos i) e ii), de la Directiva declara como beneficiarios de la Directiva aquellas personas, incluidos los familiares y sus supérstites, contempladas en el artículo 2 del Reglamento (CE) nº 883/2004, que sean aseguradas en la acepción del artículo 1, letra c) de dicho Reglamento, así como los nacionales de un tercer país que estén contemplados en el Reglamento (CE) nº 859/2004, o que reúnan las condiciones de la legislación del Estado miembro de afiliación para tener derecho a las prestaciones.

⁴² Considerado 30 de la Directiva: “sí pues, por lo que respecta a los pacientes, los dos sistemas deben ser coherentes; o bien se aplica la presente Directiva, o bien se aplican los Reglamentos de la Unión sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social. “

En esta fase del razonamiento, se entiende claramente la razón de ser de este nuevo instrumento jurídico, ahora se trata de centrarse en su fundamento jurídico: el principio de libre circulación de los ciudadanos de la UE.

2. El principio de libre circulación de los ciudadanos de la UE en el marco de la asistencia sanitaria como fundamento de la adopción de la Directiva 2011/24/UE

Este principio es de aplicación en toda la UE. Eso significa que todos los ciudadanos tienen derecho a viajar, estudiar o trabajar con gran facilidad en los Estados miembros. Además, este derecho de las personas a circular y residir libremente dentro de la Unión Europea constituye la piedra angular de la ciudadanía de la Unión que creó el Tratado de Maastricht de 1992. De acuerdo con el artículo 20.1 del TFUE, “será ciudadano de la UE, toda persona que ostente la nacionalidad de un país de la UE” y se destaca así que la ciudadanía de la Unión no sustituye a la ciudadanía nacional sino que la complementa. Otra consecuencia relevante es que esta libertad de movimiento garantiza también el derecho a recibir una asistencia sanitaria en cualquier Estado miembro de la Unión.

Por otro lado, cabe examinar la base jurídica sobre la que se funda la UE para adoptar la Directiva 2011/24/UE. La base jurídica se refiere a una disposición de un Tratado que habilita la UE a actuar en un determinado ámbito. En el caso presente, de acuerdo con el considerado 2 de la Directiva: “ la base jurídica adecuada es el artículo 114.3 del TFUE que exige explícitamente que, al buscar la aproximación, debe garantizarse un nivel de protección elevado de la salud humana, teniendo en cuenta especialmente cualquier novedad basada en hechos científicos”. Esta idea fundamental de protección de la salud humana, además, garantizada por el principio de libre circulación de los ciudadanos dentro de la UE, fue la primera razón por la cual se adoptó la presente Directiva.

3. El principio de reconocimiento mutuo de las recetas médicas como componente de la asistencia sanitaria transfronteriza.

Con carácter preliminar, el concepto de asistencia sanitaria transfronteriza, incluye, no solo los gastos de la asistencia sanitaria sino también de la receta, dispensación y provisión de medicamentos y productos sanitarios, incluyendo tanto los casos en que un paciente adquiera dichos medicamentos y productos sanitarios en un Estado miembro que no sea el Estado miembro de afiliación, es decir, donde esté asegurado o bien cuando el paciente adquiera dichos medicamentos y productos sanitarios en un Estado miembro que no sea aquél en que fue expedida la receta, es decir, en el caso de que una persona tenga una receta médica en un Estado miembro pero la utilice en otro para adquirir medicamentos. Todo ello, teniendo siempre en cuenta que la competencia para organizar y gestionar la asistencia sanitaria sigue siendo de los Estados miembros.

Además, este principio ocupa un lugar central en el funcionamiento del mercado interior. Permite facilitar la libre circulación de los pacientes al garantizar una continuidad del tratamiento a través del reconocimiento de la prescripción, de manera que una receta extendida en otro país de la UE será reconocida en el país de residencia del paciente, y viceversa. Se garantiza así el adecuado seguimiento, en el país de residencia, de la asistencia recibida en otro Estado miembro. El paciente tiene derecho a que se le dispense el medicamento prescrito siempre que esté autorizado para la venta y disponible en el país en que lo solicita.

Por otro lado, con el fin de aclarar el marco para el desarrollo del reconocimiento de las recetas extendidas en otro Estado miembro y aclarar el contenido del artículo 11 de la Directiva de asistencia sanitaria transfronteriza⁴³, la Comisión

⁴³ Artículo 11 de la Directiva 2011/24/UE: “cuando la comercialización de un medicamento esté autorizada en su territorio de conformidad con la Directiva 2001/83/CE o el Reglamento (CE) n° 726/2004, los Estados miembros se asegurarán de que las recetas extendidas en otro Estado miembro a nombre de un paciente determinado pueden dispensarse en su territorio de conformidad con la legislación nacional vigente, y de que se prohíba cualquier restricción a su reconocimiento, a menos que dichas restricciones se limiten a lo que sea necesario y proporcionado para proteger la

Europea, lanzó una consulta pública⁴⁴, el 4 de septiembre de 2015, sobre el funcionamiento de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Con los resultados de la consulta, la Comisión ha elaborado una Directiva de ejecución, 2012/52/UE⁴⁵, que tiene por finalidad desarrollar el contenido del artículo 11 de la Directiva 2011/24/UE y establecer las medidas para facilitar el reconocimiento de recetas médicas expedidas en otro Estado miembro. Por ejemplo, los elementos que deben figurar en las recetas han de facilitar la identificación correcta de los medicamentos o productos sanitarios, por eso debe indicarse la denominación común de los medicamentos, a fin de facilitar la identificación correcta de los que se comercializan con marcas distintas en diferentes Estados miembros y de los que no se comercializan en todos ellos⁴⁶.

Ahora bien, para acabar el presente apartado, cabe aludir a las restricciones al principio de reconocimiento mutuo de las recetas médicas que se justifican por la necesidad de garantizar la protección de la salud humana. Además, deben ser necesarias y proporcionadas para alcanzar el objetivo perseguido. Para evitar la existencia de restricciones a este principio, se deben adoptar medidas para proteger la seguridad del paciente y evitar que los medicamentos se utilicen mal o se confundan. Una de esas medidas debe ser la adopción de una lista exhaustiva de los elementos que deben figurar en las recetas. Pero eso no impide a los

salud humana y no sean discriminatorias; o se basen en dudas legítimas y justificadas sobre la autenticidad, el contenido o la inteligibilidad de una receta determinada”.

⁴⁴ Informe de la comisión al Parlamento Europeo y al consejo sobre el funcionamiento de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, COM/2015/0421 final , capítulo 4: “cooperación transfronteriza, el Reconocimiento de recetas”.

⁴⁵ Directiva de ejecución 2012/52/UE de la comisión de 20 de diciembre de 2012 por la que se establecen medidas para facilitar el reconocimiento de las recetas médicas expedidas en otro Estado miembro

⁴⁶ Considerado 3 de la Directiva 2012/52/UE.

Estados miembros hacer constar más elementos en sus recetas siempre y cuando ello no impida el reconocimiento de recetas de otros Estados miembros que contengan la lista común de elementos”.⁴⁷

A continuación daremos cuenta de las dificultades que ha ocasionado la libre circulación de pacientes en el seno de la UE y el posterior reembolso de gastos por asistencia sanitaria. En este sentido, se analizará la Directiva 2011/24/CE sobre derecho de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza y en particular, el reembolso de gastos sanitarios sobre la base de los precedentes jurisprudenciales que sobre esta materia ha emitido el TJUE.

B) Las restricciones al principio de libre circulación de los pacientes: La exigencia de una autorización previa para el reembolso de los gastos médicos.

El problema principal al que se ha visto abocado el TJUE a resolver no ha sido otro que el de determinar los criterios que cabe imponer para que los afiliados a un sistema de seguridad social puedan verse compensados por los gastos que ocasiona un tratamiento médico en un Estado distinto al de origen o de afiliación.

Primero, cabe definir el concepto de reembolso de los gastos médicos. Significa que si por ejemplo, un ciudadano tiene cobertura médica obligatoria en un país de la UE, "país A", está pasando unos meses en otro país de la UE, "país B" para terminar sus estudios y lleva consigo la Tarjeta Sanitaria Europea (TSE), expedida en el país A. La TSE es un documento personal e intransferible que acredita el derecho a recibir las prestaciones sanitarias que resulten necesarias, desde un punto de vista médico, durante una estancia temporal en el territorio del Espacio Económico Europeo. En el ejemplo dado, se trata de una persona que está embarazada y da a luz en el país B. El embarazo y el parto se consideran urgencias médicas, de modo que a esa persona le basta presentar su TSE y el

⁴⁷ Considerado 53 de la Directiva 2011/24/UE.

carné de identidad para recibir atención médica en el país B. Esta persona recibirá en el país B la misma asistencia médica que si estuviera asegurada allí, es decir, si el tratamiento es gratuito para los asegurados de ese país, también lo será para ella. Si el paciente paga y después solicita el reintegro de los gastos, pagará lo mismo que los asegurados de ese país y después solicitará el reembolso. Tendrá que hacerlo en el país B, donde se le reintegrarán los gastos según el mismo baremo que a los asegurados nacionales. A continuación, el organismo sanitario del país B se pondrá en contacto con el del país A, donde está asegurada el ciudadano, para obtener a su vez el reintegro de los gastos.

El Reglamento de coordinación 883/2004 desarrolla el principio de reembolso de los gastos médicos⁴⁸. En efecto, existen dos modalidades de reembolso de gastos entre los Estados. La primera modalidad se refiere a la fijación de una cantidad a tanto alzado: el Estado que presta la asistencia a los residentes en su territorio que dependen de otro Estado, le cobra, a éstos, una cantidad pactada (cuota global), con independencia de la utilización, o no, o de la frecuencia de los servicios, que deberá ser lo más próxima posible a los gastos reales, en términos de costes medios del Estado de residencia. La segunda modalidad consiste en pagar el coste real de la asistencia prestada. Se aplica a los ciudadanos temporales y pasa por

⁴⁸ Artículo 35 del Reglamento de Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social: “1. Las prestaciones en especie facilitadas por la institución de un Estado miembro por cuenta de la institución de otro Estado miembro, en virtud del presente capítulo, darán lugar a un reembolso íntegro.

2. Los reembolsos a que se refiere el apartado 1 se determinarán y efectuarán con arreglo al régimen establecido en el Reglamento de aplicación, ya sea previa justificación de los gastos reales, ya con arreglo a importes a tanto alzado para los Estados miembros cuyas estructuras jurídicas o administrativas no hagan adecuada la práctica del reembolso basado en el gasto real.

3. Dos o más Estados miembros, o sus autoridades competentes, podrán convenir otras formas de reembolso o renunciar al reembolso entre las instituciones que de ellos dependan”.

calcular el importe de los servicios prestados⁴⁹. No obstante, este Reglamento no exigía de los Estados una determinada configuración del correspondiente sistema de seguridad social, cuya organización y régimen de financiación siguiera siendo competencia exclusiva de los Estados miembros. De ese modo, se mantenía la diversidad y heterogeneidad en la gestión de la atención sanitaria en los diferentes Estados miembros⁵⁰. En ese contexto, las dificultades empezaron a surgir en el momento en que algunos pretendieron acceder a la asistencia sanitaria en otros países distintos al suyo de afiliación y obtener el derecho al reembolso de los gastos allí ocasionados, no ya sobre los principios de la libre circulación de personas sino sobre determinadas libertades económicas; lo que vino a exigir que el TJUE se tuviera que pronunciar sobre esos asuntos a la luz de unas bases jurídicas que las instituciones comunitarias no habían previsto en el momento de la adopción del Reglamento de Coordinación⁵¹.

En este momento, cabe estudiar los casos más relevantes de la jurisprudencia del TJUE con el fin de aclarar las restricciones al principio de libre circulación de los pacientes.

1) Asuntos acumulados C-120/95 y C-158/96 Decker y Kohll (28 de abril de 1998)

⁴⁹ Relaño Toledano J.J. y Remacha R.P: “Cobertura sanitaria en la Unión Europea: aspectos jurídicos y económicos, Revista de la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid del año 2012”, p12.

⁵⁰ García Murcia Joaquín y Rodríguez Cardo Antonio Iván: “Asistencia Sanitaria transfronteriza en el ámbito de la UE: de la Seguridad social de trabajadores migrantes a una regulación específica” Foro, Nueva época, vol. 17, núm. 1 (2014), p. 318”.

⁵¹ Basurko Fotinopoulou Olga: “ El reembolso de gastos médicos y la Directiva sobre Asistencia Sanitaria transfronteriza”, Revista de Relaciones Laborales de la Universidad del País Vasco del año 2012, p 334.

Mediante estas dos sentencias, el TJUE intenta dar respuesta a la problemática suscitada a raíz del reembolso de los gastos médicos comprometidos en un Estado miembro diferente a aquél en el que el beneficiario esté asegurado, y ello en virtud de dos principios básicos del ordenamiento jurídico comunitario: la libre circulación de mercancías (en el primero de los casos) y la libre prestación de servicios (en el segundo de ellos). Deben analizarse por separado para facilitar su comprensión.

En el primer caso, el señor Decker, de nacionalidad luxemburguesa, pedía el reembolso de un par de gafas con lentes correctoras comprado en una óptica Belga, presentando una receta médica extendida por un oftalmólogo establecido en Luxemburgo. No obstante, “la Caisse de Maladie des employés privés” denegó dicho reembolso por haber sido compradas en el extranjero sin su previa autorización. Así, el Señor Decker afirmaba que la exigencia de una autorización previa para obtener el reembolso de las gafas constituía un obstáculo a la libre circulación de las mercancías contemplada en los artículos 30 y 36 del TFUE. La cuestión central era la de saber ” si la normativa vigente en Luxemburgo que denegaba a un asegurado, nacional de ese Estado miembro, el reembolso de gafas con lentes correctoras, compradas a un óptico establecido en Bélgica, en razón de que cualquier tratamiento médico en el extranjero debiera ser autorizado previamente por dicho organismo de Seguridad Social, era compatible con las normas del Tratado sobre libre circulación de mercancías”⁵².

En el segundo Caso, el señor Kohll, de nacionalidad luxemburguesa, a la diferencia del Sr. Decker, solicitó con carácter previo a la “Union des caisses de maladie” (en lo sucesivo, «UCM»), a la que estaba afiliado, la autorización para permitir a su hija menor recibir un tratamiento ortodental en Alemania. Se trataba de una prestación de servicios transfronteriza en el sentido del Art. 60 del Tratado, pues se llevaba a cabo una actividad profesional realizada contra retribución. No obstante, dicha autorización le fue denegada, en razón, por un lado, de que el

⁵² Sentencia del TJUE, Asunto C-120/95 Decker de 28 de abril de 1998, párrafo 16.

tratamiento solicitado no era urgente y, por otro, de que ese tipo de asistencia era posible y adecuada en Luxemburgo. Se planteaba la cuestión de saber si el principio de libre prestación de servicios contemplado en los artículos 59 y 60 del TFUE se oponía a una normativa que supeditara a la autorización del organismo de Seguridad Social del asegurado el reembolso de las prestaciones de cuidados dentales dispensadas en otro Estado miembro.

En ambos casos, el TJUE señaló que si bien el Derecho comunitario no restringiera la competencia de los Estados miembros para organizar sus sistemas de seguridad social, los Estados miembros deberán, sin embargo, en el ejercicio de dicha competencia, respetar el Derecho comunitario⁵³. Por consiguiente, la cuestión verdaderamente controvertida era la de la compatibilidad entre el derecho comunitario y los sistemas nacionales de Seguridad social. En el caso Decker, el Tribunal consideró oportuno analizar la normativa controvertida en el ámbito de la jurisprudencia “Dassonville”⁵⁴, es decir si podía obstaculizar directa o indirectamente el comercio intracomunitario. El TJUE estimó que este tipo de normativa debiera calificarse como obstáculo a la libre circulación de mercancías, dado que incitaba a los asegurados a comprar dichos productos en el Gran Ducado de Luxemburgo y, por tanto, era capaz de frenar la importación de gafas montadas en otros Estados miembros. Confirmó su posición en el asunto Kholll afirmando que dicho tipo de normativa disuadiera a los beneficiarios de la Seguridad Social de dirigirse a los prestatarios de servicios médicos establecidos en otro Estado miembro y constituyera, tanto para estos últimos como para sus pacientes, un obstáculo a la libre prestación de servicios.⁵⁵

⁵³ Sentencias de 28 de abril de 1998, Raymond Kohll contra Unión des caisses de maladie (asunto C-158/96, Rec. p. I-1931), apartado 17, 7 de febrero de 1984, Duphar y otros (238/82, Rec. p. 523), apartado 16, y de 17 de junio de 1997, Sodemare y otros (C-70/95, Rec. p. I-3395), apartado 27.

⁵⁴ Véase el fundamento jurídico nº5 de la sentencia de 11 de julio de 1974, asunto 8/74, p.837. Citado en el fundamento jurídico nº31 de la Sentencia “Decker”.

⁵⁵ Véase el fundamento jurídico nº35 de la Sentencia “Kholll”.

En resumen, el principio de libre circulación de las mercancías y de libre prestación de servicios implican, en esencia, que es contrario al derecho comunitario que un Estado miembro configura una prohibición absoluta de reembolso de los gastos sanitarios por la atención prestada en el extranjero⁵⁶. Así, la decisión del TJUE da primacía al derecho de la Unión sobre las normativas nacionales.

Por otro lado, se trataba de examinar las razones imperiosas que podían justificar tales restricciones. En ambos casos, el gobierno luxemburgués alegaba que las restricciones derivadas de las normas controvertidas estuvieran necesarias por razones de protección de la salud y, mas concretamente, para garantizar el equilibrio de un servicio médico-hospitalario equilibrado y accesible a todos⁵⁷. Según el TJUE, las medidas no eran necesarias y proporcionadas para alcanzar los objetivos perseguidos.

Para acabar, el Tribunal reconoció que estuviera resolviendo dos asuntos sobre prestaciones servidas fuera de toda infraestructura hospitalaria. Entonces, cabe preguntarse si la jurisprudencia en cuestión se aplica también a los servicios hospitalarios⁵⁸, en cuyo caso podrían producirse algunos efectos, como un auge del turismo de pacientes en el seno de la UE. Por consiguiente, se plantearía el problema del coste elevado de los tratamientos hospitalarios y de su consecuencia

⁵⁶ García Murcia Joaquín y Rodríguez Cardo Antonio Iván: “Asistencia Sanitaria transfronteriza en el ámbito de la UE: de la Seguridad social de trabajadores migrantes a una regulación específica” Foro, Nueva época, vol. 17, núm. 1 (2014), pp. 318-319”.

⁵⁷ Conclusiones del Abogado General Sr. Tesauo Giuseppe presentadas el 16 de septiembre de 1997, p 1858.

⁵⁸ García de Cortazar y Nebrada. Carlos: “¿ Libre circulación de pacientes en la Unión Europea? La atención de los dependientes y la Tarjeta Sanitaria Europea”, Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales nº47 del año 2001, p53, párrafo 8.

negativa sobre el equilibrio financiero de los sistemas de seguridad social de los Estados miembros.

Para resolver la duda antes mencionada, el TJUE advirtió expresamente que la libertad de prestación de servicios no limitaba sus efectos a las prestaciones no hospitalarias, sino que también alcanzaba a las hospitalarias.

2) Asunto C-157/99 Smits y Peerbooms, 12 de Julio de 2001.

El TJUE, dictó el 12 de julio de 2001 dos sentencias en las que aborda la libre prestación de servicios sanitarios dentro del ámbito de la UE, así como la asunción de los gastos ocasionados por dichas prestaciones⁵⁹.

En el primer caso, la señora Smits padecía la enfermedad de Parkinson y se desplazó a Alemania para recibir un tratamiento clínico. En el segundo caso, el Señor Peerbooms había entrado en estado de coma a consecuencia de un accidente de tráfico. Tras estar hospitalizado en los Países bajos, fue trasladado a una clínica en Austria, donde se le sometió a una terapia. En ambos casos, los organismos nacionales de Seguridad social del Estado holandés denegaron el reembolso de los gastos médicos.

En el análisis de la cuestión prejudicial planteada por el órgano judicial holandés, el Tribunal siguió un esquema análogo al utilizado en la Sentencia Kohll, de 1998, examinando sucesivamente los tres temas siguientes: la inclusión o no de las situaciones controvertidas en los litigios principales en el ámbito de la libre prestación de servicios, luego los efectos restrictivos de la normativa nacional controvertida sobre la libre prestación de servicios y finalmente la concurrencia de razones imperiosas de interés general que puedan justificar tales restricciones.

Se debe exponer a continuación lo más sustancial de la posición del Tribunal en

⁵⁹ Gómez Martín Milagros: “ La libre Prestación de servicios en Europa. A propósito de las sentencias del TJUE del 12 de julio de 2001”, Revista Derecho y Salud, volumen 10, Núm. 2, Julio-Diciembre 2002, p167.

relación con cada uno de estos temas. Por lo que se refiere al primer tema, el Tribunal consideró que las prestaciones en cuestión eran servicios al concurrir el elemento de la remuneración y, en consecuencia, quedaban sometidas a las normas sobre libre prestación de servicios. En efecto, algunos Gobiernos en sus alegaciones habían negado que los servicios hospitalarios, cuando se dispensen en especie y de forma gratuita en virtud de un régimen de Seguridad Social, constituyan actividad económica a los efectos del artículo 50 del Tratado.⁶⁰

En relación con la segunda de las cuestiones enunciadas, a saber, los posibles efectos restrictivos de la normativa controvertida sobre la libre prestación de servicios. El Tribunal consideró que la exigencia de autorización previa contenida en la normativa sujeta a examen poseía dichos efectos restrictivos. En efecto, afirmó en términos similares a los utilizados en la Sentencia Kohll, que la normativa controvertida «disuadiera, e incluso impidiera, a los beneficiarios de la Seguridad Social de dirigirse a los prestadores de servicios médicos establecidos en Estados miembros distintos del Estado miembro de afiliación y constituyera, tanto para los asegurados como para los prestadores, un obstáculo a la libre prestación de servicios».⁶¹

Aclarado el punto anterior, el Tribunal se concentró en el examen de la posible justificación de la normativa controvertida a la vista de las «razones imperiosas de interés general» a las que se refirió la Sentencia Kohll y a la vista de las exigencias del principio de proporcionalidad. Primero, las razones eran garantizar en el territorio del Estado miembro de que se trate un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de prestaciones hospitalarias de calidad y evitar cualquier derroche de los medios financieros.

Respecto a la exigencia de autorización previa, el Tribunal llegó a una conclusión diferente de la que había llegado en relación con la normativa controvertida en la Sentencia Kohll, en la que se había juzgado inadmisibles la exigencia de

⁶⁰ Véase lo indicado en los apartados 47 a 51 de la Sentencia.

⁶¹ Véase el fundamento jurídico n°35 de la Sentencia “Kohll” y el fundamento jurídico n°61 de la Sentencia Smits y Peerbooms.

autorización previa. En efecto, la Sentencia reconoció las «particularidades indiscutibles» que presentaban las prestaciones médicas dispensadas en establecimientos hospitalarios respecto a las efectuadas por los médicos a domicilio, destacando en particular las necesidades de planificación en materia de asistencia hospitalaria. Era notorio que el número de infraestructuras hospitalarias, su reparto geográfico, su organización y el equipamiento de que disponían, o incluso la clase de servicios médicos que podían ofrecer, debían poder planificarse⁶². Por consiguiente, la exigencia de autorización previa era necesaria y proporcionada al objetivo perseguido.

Cabe resumir brevemente el alcance de ambas sentencias. Primero, estos asuntos fomentaron la construcción del principio de libre circulación de los pacientes. En efecto, a través de estas sentencias, el TJUE afirmó que cualquier ciudadano de la UE pudiera recibir atención sanitaria en otro Estado miembro y que si este último exigiera una autorización previa, debería ser necesaria y proporcionada al objetivo perseguido. En el caso contrario, sería una restricción al principio de libre prestación de servicios. Otro aspecto relevante es considerar la asistencia hospitalaria como un servicio a los efectos del artículo 60 del TFUE. Esta afirmación no está exenta de críticas porque según algunos autores, extender la consideración de servicio a las prestaciones hospitalarias y extra-hospitalarias responde únicamente a la voluntad de ampliar la movilidad de los pacientes dentro de la UE⁶³.

El alcance de ambas sentencias fue confirmado en otros asuntos, Müller-Fauré y van Riet⁶⁴, Watts⁶⁵. Reiteran los principios destacados anteriormente y detallan las

⁶² Véase el fundamento jurídico n°76 de la Sentencia.

⁶³ Gavin Peman Juan: "Asistencia Sanitaria pública y libre prestaciones de servicios: sobre la libre circulación de pacientes en el espacio comunitario europeo. (A propósito de la Sentencia Smits y Peerbooms del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas)", Revista de Administración pública, n°160, 2003, pp.

⁶⁴ Asunto C-385/99, Muller-Fauré y van Riet, pp. 4578-4579.

razones para justificar la exigencia de una autorización previa para tratamientos en el extranjero. Para acabar, estos antecedentes jurisprudenciales contribuyeron a la adopción de la Directiva relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza y en particular a la elaboración de los artículos sobre el reembolso de los gastos médicos⁶⁶ y la exigencia de autorización previa⁶⁷.

A continuación analizaremos como se aplica concretamente la Directiva 2011/24/UE en España y en Francia.

C) La Aplicación Concreta de la Directiva 2011/24/UE en España y Francia.

Con carácter preliminar, la Comisión Europea recordó que la fecha de transposición de la Directiva era el 25 de octubre de 2013. No obstante, se han incoado procedimientos de infracción contra 26 Estados miembros, incluidos Francia y España, por notificación tardía o incompleta de las medidas correspondientes⁶⁸.

En el caso Español, el Real Decreto, de 7 de febrero de 2014 ⁶⁹ procedió a la transposición de la Directiva 2011/24/UE. En el caso Francés, varios textos normativos transpusieron la Directiva, a saber, el Decreto de 23 de diciembre de 2013 relativo al reconocimiento de las recetas médicas extendidas en otro Estado

⁶⁵ Asunto C-372/04, Watts, del 16 de mayo de 2006, pp.4426 a 4428.

⁶⁶ Artículo 7 de la Directiva 2011/24/UE.

⁶⁷ Artículo 8 de la Directiva 2011/24/UE.

⁶⁸ Informe de la Comisión sobre el funcionamiento de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, de 4 de septiembre de 2015, COM(2015) 421 final.

⁶⁹ Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

miembro para obtener medicamentos⁷⁰, luego el Decreto de 17 de diciembre de 2014 relativo al reconocimiento de las recetas médicas extendidas en otro Estado miembro para obtener productos sanitarios⁷¹, la ley de 24 de febrero de 2014 relativa a las modificaciones del derecho de la UE en el ámbito sanitario⁷² y el Decreto de 30 de diciembre de 2015 relativo a los beneficiarios, a las prestaciones de asistencia sanitaria y a la cotización anual prevista en el artículo 381-8 del Código de la Seguridad Social⁷³.

Tras haber expuesto las fechas de transposición de la Directiva en ambos ordenamientos jurídicos, cabe centrarse en los textos de transposición y ver si surgen diferencias en la manera de aplicar la Directiva y especialmente en cuanto al principio de reembolso de los gastos médicos. Primero, en el caso español, la existencia de un único texto de transposición facilita la comprensión de los principios fundamentales de la Directiva. En efecto, se prevé expresamente el reembolso de los gastos médicos⁷⁴ que estará supeditado a la exigencia de una

⁷⁰ Décret n° 2013-1216 du 23 décembre 2013 relatif à la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre Etat membre de l'Union européenne.

⁷¹ Décret n° 2014-1525 du 17 décembre 2014 relatif à la reconnaissance des prescriptions de dispositifs médicaux établies dans un autre Etat membre de l'Union européenne.

⁷² LOI n° 2014-201 du 24 février 2014 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé.

⁷³ Décret n° 2015-1865 du 30 décembre 2015 relatif aux bénéficiaires et aux prestations de la protection universelle maladie et à la cotisation forfaitaire prévue à l'article L. 381-8 du code de la sécurité sociale.

⁷⁴ Artículo 10.1 del RD 81/2014, de 7 de febrero :” Los gastos abonados por un asegurado cuyo Estado de afiliación es España, que haya recibido asistencia sanitaria transfronteriza, serán reembolsados por la administración sanitaria competente que corresponda, de conformidad con el artículo 14, siempre que dicha asistencia sanitaria figure entre las prestaciones a que el asegurado tiene derecho según la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud o, en su caso, la cartera complementaria de la Comunidad Autónoma correspondiente, sin perjuicio de lo dispuesto en el Reglamento (CE) n.º 883/2004, de 29 de abril de 2004”.

autorización previa en casos tasados⁷⁵. Así , el Real Decreto transpone fielmente los principios de la Directiva de 2011. En efecto, reproduce la convivencia de los dos modelos jurídicos sobre los que pivota el derecho a la asistencia sanitaria en el territorio de la Unión Europea, de una parte la regulación de la asistencia sanitaria transfronteriza conforme a la Directiva 2011/24 de otra parte, los Reglamentos de Coordinación de los sistemas de seguridad social 883/2004⁷⁶.

No obstante, en el ordenamiento jurídico francés , exista una mosaica de textos de transposición que dificulten claramente la comprensión de la Directiva. Sería oportuno sintetizar ambos textos en una sola normativa. En resumen, el Decreto de 30 de diciembre de 2015 opera una distinción entre la asistencia sanitaria urgente y la asistencia sanitaria programada. En el primer caso, se aplica el reembolso de los gastos médicos si el paciente esta en posesión de su TSE⁷⁷. En

⁷⁵ Artículo 15.1 del RD 81/2014, de 7 de febrero: “ La prestación de asistencia sanitaria transfronteriza para las técnicas o procedimientos que se relacionan en el anexo II estará sujeta, para el reembolso de los gastos en aplicación de este real decreto, a la previa autorización por las autoridades competentes de la Comunidad Autónoma donde esté domiciliado el asegurado, por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria o por la mutualidad de funcionarios que, en su caso, corresponda”.

⁷⁶ Hernández Lomas Vicente: “ el impacto de la asistencia sanitaria transfronteriza en el sistema nacional de salud: Retos y realidades de la legislación sanitaria” , Revista de Derecho y Salud del año 2014, Vol. 24 Extraordinario XXIII Congreso, p.196.

⁷⁷ Artículo R160-1 del Decreto de 30 de diciembre de 2015: “ Les soins dispensés aux personnes bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 et aux personnes qui leur sont rattachées au sens des règlements européens qui s'avèrent médicalement nécessaires au cours d'un séjour temporaire dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou en Suisse font l'objet, en cas d'avance de frais, d'un remboursement par les caisses d'assurance maladie dans les conditions prévues dans l'Etat de séjour ou, en cas d'accord de l'assuré social, dans les conditions prévues par la législation française, sans que le montant du remboursement puisse excéder le montant des dépenses

el segundo caso, se someterá a una autorización previa del organismo de Seguridad Social del Estado de afiliación el reembolso de los gastos médicos comprometidos en el extranjero⁷⁸. En conclusión, estos textos de transposición contienen los fundamentos de la Directiva relativa a los derechos de los pacientes. Es lógico porque los Estados miembros tienen la obligación de aplicar la Directiva, sus principios cardinales y lo único que tienen es un poder discrecional para concretar estos objetivos, y eso resulta evidente en la manera de redactar el contenido de los textos de transposición. En efecto, ambos textos de transposición desarrollan el principio de reembolso de los gastos médicos pero la normativa francesa añade una distinción entre la asistencia sanitaria urgente y la asistencia sanitaria programada y afirma que eso incide sobre la exigencia o no de una autorización previa. La directiva y la normativa española no utilizan claramente esta terminología de “urgente” o “programada”, aunque se entiende que si un paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche, deberá pedir una autorización previa a su organismo de afiliación⁷⁹. Así, se constata que la redacción de los contenidos de ambos textos puede diferir en algunos puntos pero se conserve el mismo sentido.

engagées par l'assuré et sous réserve des adaptations prévues aux articles R. 160-2, R. 160-3 et R. 160-3-1 ».

⁷⁸ Artículo R160-2 del Decreto de 30 de diciembre de 2015 : « Les caisses d'assurance maladie ne peuvent procéder que sur autorisation préalable au remboursement des frais de soins dispensés aux personnes bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 et aux personnes qui leur sont rattachées au sens des règlements européens dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou en Suisse, dans le cadre d'un déplacement aux fins de recevoir un traitement adapté, lorsque ces soins impliquent le séjour du patient concerné dans un établissement de soins pour au moins une nuit ; ou Nécessitent le recours aux infrastructures ou aux équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux, qui figurent sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé ».

⁷⁹ Artículo 8.2 a.i) de la Directiva 2011/24/UE y Anexo II, punto 1 del RD 81/2014, de 7 de febrero

CONCLUSIONES:

El presente estudio sobre la prestación sanitaria transfronteriza dentro de la UE ha puesto de manifiesto la inexistencia de una “Europa de la Salud”. En efecto, ambos textos normativos proclaman el respeto pleno a las diferencias de los sistemas nacionales de asistencia sanitaria, y a las responsabilidades de los Estados miembros, en cuanto a la organización y la prestación de servicios sanitarios, reconociéndose la libertad para estructurar sus propios sistemas de asistencia sanitaria y de seguridad social. Eso significa que los instrumentos jurídicos comunitarios solo tienen la función de coordinar los sistemas nacionales de seguridad social y es su valor fundamental.

Por otro lado, cabe señalar que el legislador comunitario amplía la noción de servicios a los efectos del TFUE. En efecto, gracias a la tarea del TJUE, se considera que la asistencia sanitaria englobe los servicios hospitalarios y extra hospitalarios, lo que puede parecer erróneo porque en principio un servicio se define como una actividad realizada a cambio de una remuneración. Se puede afirmar, entonces, que la voluntad del legislador es de garantizar la libre circulación de los pacientes.

Para acabar, estos textos responden a una evolución de la Jurisprudencia del TJUE. Eso significa, que hoy en día, ante una situación de asistencia sanitaria transfronteriza, se debe tener en cuenta ambos textos para proporcionar a los ciudadanos la mejor respuesta a su problema. No son textos que deben considerarse como opuestos sino que deben coexistir juntos en el marco jurídico comunitario.

BIBLIOGRAFÍA:

DOCTRINA:

B

Barsurko Fotinopoulou Olga: “ El reembolso de gastos médicos y la Directiva sobre Asistencia Sanitaria Transfronteriza”, Revista de Relaciones Laborales de la Universidad del País Vasco del año 2012, p334.

http://www.ehu.eus/ojs/index.php/Lan_Harremanak/article/view/6190 (Visitado el 09/05/2017)

C

Comunicación de la Comisión Europea por la que se modifica el Reglamento (CE) nº883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de Seguridad Social, y Reglamento nº 987/2009, por el que se establecen las normas de aplicación del Reglamento (CE) nº883/2004, COM 2016 815/ final, de 13 de diciembre de 2016.

<https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2016/ES/COM-2016-815-F1-ES-MAIN-PART-1.PDF> (Visitado el 09/05/2017)

Informe de la Comisión Europea al Consejo sobre el funcionamiento de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, COM/2015/final, capítulo 4:” cooperación transfronteriza, el reconocimiento de recetas”.

http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir201124eu_es.pdf (Visitado el 09/05/2017)

F

Fernández Orrico.Javier ” La modalidad asistencial básica de Seguridad Social desarrollada en España: las pensiones no contributivas”, Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales del año 2000,p.1, párrafo 3.

http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/34/estudios3.pdf (Visitado el 09/05/2017)

Fernando Manrique Lopez.Victor: "La normativa comunitaria actualmente vigente en el llamado Derecho Europeo de Seguridad Social", Revista de la Universidad de Deusto, Bilbao del año 2014", p.108.

Visitado el 09/05/2017.

G

García Murcia Joaquín y Rodríguez Cardo Antonio Iván: "Asistencia Sanitaria transfronteriza en el ámbito de la UE: de la Seguridad social de trabajadores migrantes a una regulación específica" Foro, Nueva época, vol. 17, núm. 1 (2014), pp. 318 y 322-323".

<https://revistas.ucm.es/index.php/FORO/article/viewFile/48623/45412> (Visitado el 09/05/2017)

García de Cortazar y Nebrada Carlos , " el campo de aplicación del Reglamento 883/2004"

http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/64/Est3.pdf (Visitado el 9/05/2017).

García de Cortazar y Nebrada Carlos, " La coordinación de regímenes de Seguridad Social. El Reglamento CEE 1408/71. Simplificación y extensión a nacionales de Terceros Estados", Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales del año 2008, p.74, párrafo 9. (Visitado el 9/05/2017) .

www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/42/Estudios2.pdf.

García de Cortazar y Nebrada Carlos, " ¿ La libre circulación de pacientes en la UE? la atención de los dependientes y la Tarjeta Sanitaria Europea", Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales nº47 del año 2001, p53, párrafo 8.

http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/47/est02.pdf (Visitado el 09/05/2017)

García Murcia Joaquín y Rodríguez Cardo Antonio Iván , “Asistencia sanitaria transfronteriza en el ámbito de la UE: de la seguridad social de trabajadores migrantes a una regulación específica”. Foro, Nueva época, Vol.17, num. 1 (2014), p.318”.

<https://revistas.ucm.es/index.php/FORO/article/viewFile/48623/45412> (Visitado el 09/05/2017)

Gavin Peman Juan : “ Asistencia Sanitaria publica y libre prestaciones de servicios: sobre la libre circulación de pacientes en el espacio comunitario europeo. (A propósito de la Sentencia Smits y Peerbooms del TJUE)”, Revista de Administración publica, nº160, 2003, pp.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/extaut?codigo=16723> (Visitado el 09/05/2017).

Gómez Martín Milagros: “ La libre prestación de servicios en Europa. A propósito de las sentencias del TJUE del 12 de julio de 2001” Revista Derecho y Salud, Volumen 10, número 2, Julio-Diciembre 2002, p167.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/279729.pdf> (Visitado el 09/05/2017)

H

Hernández Lomas Vicente: “ el impacto de la asistencia sanitaria transfronteriza en el sistema nacional de salud: Retos y realidades de la legislación sanitaria” , Revista de Derecho y Salud del año 2014, Vol. 24 Extraordinario XXIII Congreso, p.196. <http://docplayer.es/19084417-El-impacto-de-la-asistencia-sanitaria-transfronteriza-en-el-sistema-nacional-de-salud-retos-y-realidades-de-la-legislacion-sanitaria.html> (Visitado el 09/05/2017)

R

Relaño Toledadno J.J y Remacha R.P: “Cobertura sanitaria en la Unión Europea: aspectos jurídicos y económicos, Revista de la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid del año 2012”, p12”.

http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500641/n68_Cobertura_sanitaria_en_la_union_europea.pdf (Visitado el 09/05/2017).

Román Vaca Eduardo , « Breve reflexión crítica a propósito del Reglamento CE 883/2004”, Revista del Ministerio del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales del año 2006, p.110, párrafo 11”.

http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/64/Est8.pdf (Visitado el 09/05/2017)

S

Sanchez-Rodas Navarro.Cristina, “las prestaciones no contributivas y el Reglamento 883/2004”, Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales del año 2006, p.16, párrafo 5.

http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/64/Est9.pdf (Visitado el 09/05/2017)

NORMATIVAS :

NORMATIVA DE LA UE:

Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM:sp0002>
(Visitado el 09/05/2017)

REGLAMENTO DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO del 13 de diciembre de 2016, por el que se modifican el Reglamento (CE) n°883/2004 sobre coordinación la coordinación de los sistemas de Seguridad Social, y el Reglamento (CE) n° 987/2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) n° 883/2004

ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2016/ES/COM-2016-815-F1-ES-MAIN-PART-1.PDF

Visitado el 09/05/2017

Directiva de Ejecución 2012/52/UE de la comisión de 20 de diciembre de 2012 por la que se establecen medidas para facilitar el reconocimiento de las recetas médicas expedidas en otro Estado miembro.

[http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/ES/ALL/?uri=CELEX%3A2016D0407\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/ES/ALL/?uri=CELEX%3A2016D0407(01))

(Visitado el 09/05/2017).

NORMATIVAS NACIONALES:

Ley 13/92, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1982-9983> (Visitado el 09/05/2017)

Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y ordenes de dispensación.

<https://www.boe.es/boe/dias/2014/02/08/pdfs/BOE-A-2014-1331.pdf>. (Visitado el 09/05/2017)

Décret n° 2013-1216 du 23 décembre 2013 relatif à la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre Etat membre de l'Union européenne.

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/12/23/AFSP1324502D/jo>.

(Visitado el 09/05/2017)

Décret n° 2014-1525 du 17 décembre 2014 relatif à la reconnaissance des prescriptions de dispositifs médicaux établies dans un autre Etat membre de l'Union européenne.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029917927&categorieLien=id>

(Visitado el 09/05/2017)

LOI n° 2014-201 du 24 février 2014 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé.

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2014/2/24/AFSX1315898L/jo>

(Visitado el 09/05/2017)

Décret n° 2015-1865 du 30 décembre 2015 relatif aux bénéficiaires et aux prestations de la protection universelle maladie et à la cotisation forfaitaire prévue à l'article L. 381-8 du code de la sécurité sociale.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031740633&categorieLien=id>

(Visitado el 09/05/2017)

SENTENCIAS DEL TJUE:

STJUE, Asunto C-238/82 Duphar BV y otros y Staat der Nederlanden de 7 de febrero de 1984 en:

[Curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?jsessionid=9ea7d2dc30ddb158c8c351394ff2b3c889a49213d0e2.e34KaxiLc3qMb40Rch0SaxuNbxfo?text=&docid=92206&pageIndex=0&doclang=ES&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=192235](https://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?jsessionid=9ea7d2dc30ddb158c8c351394ff2b3c889a49213d0e2.e34KaxiLc3qMb40Rch0SaxuNbxfo?text=&docid=92206&pageIndex=0&doclang=ES&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=192235)

(Visitado el 09/05/2017)

STJUE, Asunto 21/ 87 Borowitz y Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
sentencia del TJUE de 5 de julio de 1988 en:

<http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?jsessionid=9ea7d2dc30d5c9953de878f342f99911890724c06667.e34KaxiLc3qMb40Rch0SaxuSbNr0?text=&docid=95214&pageIndex=0&doclang=ES&mode> (Visitado el 09/05/2017)

STJUE, Asuntos acumulados C-4/95 y C-5/95 Fritz Stober y José Manuel Piosa
Pereira de 30 de enero de 1997 en:

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:61995CC000>
(Visitado el 09/05/2017)

STJUE de 13 de Julio de 1996, -4/66 (Hagenbeek) Rec;p617. (Visitado el
09/05/2017).

STJUE de 22 de junio de 1972,-1/72, (Frilli) Rec.; p. 457 en:

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A61987CJ0186> (
Visitado el 09/05/2017).

STJUE de 9 de octubre de 1974,-24/74, (Biason) Rec.; p. 999 en:

<http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?jsessionid=9ea7d2dc30dc0df2ae8aabf24233bbf1c0d4801b446a.e34KaxiLc3qMb40Rch0SaxuMbNz0?text=&docid=94284&pageIndex=0&doclang=ES&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=491076>
(Visitado el 09/05/2017).

STJUE de 13 de noviembre de 1974,-39/74, (Costa) Rec.; p. 1251, (Visitado el
09/06/2017).

STJUE de 31 de marzo de 1977,-79/76 (Fossi) Rec;p667 en:

Curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?jsessionid=9ea7d2dc30ddb158c8c351394ff2b3c889a49213d0e2.e34KaxiLc3qMb40Rch0SaxuNbx0?text=&docid=92206&page

[Index=0&doclang=ES&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=192235](#)

(Visitado el 09/05/2017)

STJUE de 5 de mayo de 1983, -139/82, (Piscitello) Rec;p.1427 (Visitado el 09/05/2017)

STJUE de 6 de julio de 1978, -9/78, (Gillard) Rec.;1978, p1661. (Visitado el 09/05/2017)

STJUE de 31 de mayo de 1979, -207/78 (Even) Rec; p2019. (Visitado el 09/05/2017)

STJUE, de 3 de mayo de 1990, Kits van Heijningen, C-2/89, Rec.p.I-1769 en: <http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?sessionid=9ea7d2dc30db16ee2a3becc046e4aefff02df6eaa68e.e34KaxiLc3qMb40Rch0SaxuLc3j0?text=&docid=96572&pageIndex=0&doclang=ES&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=518994>
(Visitado el 09/05/2017)

STJUE, Asunto C-333/13, Dano, 11 de noviembre de 2014 en: <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=159442&pageIndex=0&doclang=es&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=1047629>
(Visitado el 09/05/2017).

STJUE, Asunto C-120/95 Decker de 28 de abril de 1998, párrafo 16.
<http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?sessionid=9ea7d2dc30db44781ce8b1fa474ebdd181716f3211af.e34KaxiLc3qMb40Rch0SaxuLa3n0?text=&docid=43791&pageIndex=0&doclang=ES&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=401> (Visitado el 09/05/2017)

STJUE, Asunto C-158/96, Kohll de 28 de abril de 1998, párrafo 17
<http://curia.europa.eu/juris/liste.jsf?language=en&jur=C,T,F&num=158/96&td=A>
LL

(Visitado el 09/05/2017)

STJUE, Asunto 8/74, Dassonville de 11 de julio de 1974

<http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?text=&docid=88838&pageIndex=0&doclang=ES&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=602346>

(Visitado el 09/05/2017).

STJUE, Asunto C-157/99, Smits y Peerbooms, de 12 de julio de 2001.

<http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?jsessionid=9ea7d0f130de8915dbf9c9b0468ca29fb97b69d11fae.e34KaxiLc3eQc40LaxqMbN4Ob3qQe0?docid=46529&pageIndex=0&doclang=ES&dir=&occ=first&part=1&cid=63988>

(Visitado el 09/05/2017)

STJUE, Asunto C-385/99, Muller-Fauré y van Riet

<http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?docid=102160&doclang=EN>

(Visitado el 09/05/2017)

STJUE, Asunto C 372/04, Watts.

<http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?jsessionid=9ea7d2dc30dbe1a4b16d889a4baca6c282cfd2cb29ce.e34KaxiLc3qMb40Rch0SaxuMaNb0?text=&docid=57049&pageIndex=0&doclang=ES&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=301094>

(Visitado el 09/05/201